

**OVERSEAS CONTACT**

Amélie Elie  
02 509 38 22  
Pascale Domken  
02 509 20 84  
[prestationsperiodiques-om@onssrszls.fgov.be](mailto:prestationsperiodiques-om@onssrszls.fgov.be)

**ADRESSE**

Place Victor Horta 11  
1060 Bruxelles

**NUMÉRO DE COMPTE**

IBAN : BE56 6790 0735 1788  
BIC : PCHQBEBB

## A6 - CERTIFICAT MEDICAL DE DECES

À faire compléter, signer et à renvoyer au service.

1. Nom et adresse du médecin	
2. Nom et adresse de la victime	
3. Jour, date et heure de l'accident	___/___/_____
4. Description des lésions	
5. La victime est décédée suite à ces lésions le	___/___/_____

J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.

Fait à ..... le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Signature\*

(\* Signature électronique et manuscrite autorisées)